UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 8

TRAITEMENT ACTUEL

DES

PLAIES DES ARTICULATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1914

PAR

Mlle P. TSOUKERMANN

Née à Mejiretchié (Russie), 13 février 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
MASSABUAU, agrégé. } *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, agrégé libre.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

TRAITEMENT ACTUEL

DES

PLAIES DES ARTICULATIONS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 8

TRAITEMENT ACTUEL

DES

PLAIES DES ARTICULATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Mlle P. TSOUKERMANN

Née à Mejiretchié (Russie), le 13 février 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse { RAUZIER, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
MASSABUAU, agrégé. } *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, agrégé libre.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✲), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. RAUZIER, professeur, *président.*	MM. MASSABUAU, *agrégé.*
ESTOR, professeur.	SOUBEYRAN, *agrégé libre.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS ET A MES AMIS

Mlle P. TSOUKERMANN

INTRODUCTION

Au moment de terminer nos études médicales, nous nous faisons un devoir d'adresser nos sentiments de profonde reconnaissance au pays et à la Faculté où nous avons reçu un si bienveillant accueil et dont nous garderons le fidèle souvenir.

Nous tenons particulièrement à remercier M. le professeur Rauzier qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et qui a été bienveillant avec nous. Nous conserverons le souvenir de sa fine analyse clinique et de sa haute expérience;

M. le professeur Estor qui nous a toujours attirée par son enseignement clair;

M. le professeur agrégé Massabuau qui nous a donné le sujet de cette thèse. Nous nous souviendrons des consultations où nous l'avons vu traiter les malades avec tant de patience et d'humanité.

De M. le professeur agrégé Soubeyran, nous garderons également un précieux souvenir.

TRAITEMENT ACTUEL

DES

PLAIES DES ARTICULATIONS

ETUDE CLINIQUE

ETIOLOGIE

Les plaies des articulations comptent encore parmi les traumatismes graves en raison de la vulnérabilité de la synoviale, aussi sensible à l'infection que les autres séreuses, et de la difficulté de faire une bonne antisepsie.

Elles peuvent être de trois sortes :

1° Les plaies contuses qui sont ordinairement consécutives à des chutes, à des coups violents, à des éboulements ;

2° Les plaies par instruments tranchants qui sont produites par un coup de couteau, de poignard ;

3° Les plaies par projectiles d'armes à feu, qui nous intéressent actuellement le plus et qui sont surtout les plaies de guerre.

Ces plaies peuvent s'accompagner de lésions osseuses plus ou moins graves. L'importance de la blessure est proportionnelle à l'ampleur ou à la complexité des sacs synoviaux. On sait que ceux-ci présentent des diverticules, qu'ils

communiquent avec les gaines tendineuses, les bourses séreuses voisines. Une plaie intéressant ces gaines ou bourses séreuses peut donc se comporter comme une plaie articulaire proprement dite et déterminer les mêmes accidents. Ainsi donc les articulations le plus souvent blessées sont: le genou, en raison de son étendue et de sa situation superficielle, le cou-de-pied, le coude et enfin le poignet.

SYMPTOMATOLOGIE

Les plaies articulaires présentent des signes communs:

1° La douleur est rarement vive et, quand elle se produit au moment de l'accident, c'est plutôt à la section des parties molles péri-articulaires qu'à la lésion de la jointure qu'elle est attribuable. C'est justement l'absence de phénomènes douloureux qui constitue la cause ordinaire des accidents qu'on voit survenir dans de nombreuses plaies articulaires, le blessé négligeant le secours pour une lésion qui ne le fait pas souffrir et continuant à se livrer à ses occupations journalières.

2° L'attitude du membre qui se place ordinairement dans une position de relâchement maximum des muscles péri-articulaires.

3° L'épanchement sanguin qui se produit à l'extérieur dans les plaies larges; dans les plaies étroites, au contraire, l'épanchement se fait à l'intérieur, et alors nous avons une hémarthrose.

4° L'écoulement de synovie par la plaie. Quand on presse sur l'articulation ou bien quand on fait changer de posi-

tion le membre, on voit se produire un écoulement d'un liquide visqueux, filant comme du blanc d'œuf, onctueux, contenu dans les synoviales. C'est un signe pathognomonique qui nous permet de faire le diagnostic de plaie pénétrante.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la pénétration articulaire est facile dans le cas de plaie large, car l'articulation est béante, les surfaces cartilagineuses ou synoviales se montrent avec leur aspect caractéristique et, parfois, il suffit d'écarter les bords de la plaie, de la nettoyer, pour découvrir la solution de continuité faite à la synoviale.

Dans les plaies étroites, on observe la distension de la synoviale, soit par le sang épanché dans sa cavité, soit par l'exsudat séreux qui vient s'y ajouter.

La brusque réplétion de l'article est donc un précieux indice de lésion pénétrante. Mais une réserve doit être faite si le blessé est examiné plusieurs jours après l'accident, car il est fréquent de voir survenir un épanchement articulaire consécutivement à des lésions de voisinage.

Quand la plaie n'intéresse ni les os, ni les organes du voisinage, la douleur est légère et vite calmée, les mouvements sont à peine entravés. Devant une lésion, en apparence bénigne, on se ferait des illusions ; pour le blessé lui-même, il est souvent difficile de faire comprendre que l'accident est grave. La douleur qui suit immédiatement l'accident se calme donc très vite, quand il n'existe pas

de fracas osseux, et la sédation persiste jusqu'au moment où commencent les complications. Dans d'autres circonstances, les douleurs du début sont assez vives, imputables alors à la distension de l'article par le sang épanché.

Le diagnostic de la pénétration offre, dans certains cas, de sérieuses difficultés. Le siège peut ne pas correspondre à la région occupée par l'articulation. La concordance entre l'ouverture faite à l'article et la solution de continuité des téguments peut avoir été détruite par un changement d'attitude.

Dans les guerres modernes, les plaies sont presque toujours pénétrantes, tantôt simples, tantôt compliquées de lésions osseuses. On conçoit qu'une balle traverse une partie de la synoviale sans intéresser le squelette, au genou, au cou-de-pied, à l'épaule, et même dans d'autres articulations.

Plus souvent, la balle rencontre une des extrémités osseuses. Les lésions ainsi produites sont d'importance très variable, depuis les dépressions, écornures et gouttières qui n'intéressent que les couches osseuses les plus superficielles, jusqu'à l'éclatement de l'os et à sa fragmentation comminutive, en passant par les perforations simples, accompagnées de fissures épiphysaires ou diaphysaires.

Une foule de circonstances interviennent pour varier à l'infini le détail des lésions : vitesse, forme, résistance du projectile, direction de celui-ci, configuration, consistance et texture de l'os qu'il vient frapper.

Le petit volume, la dureté des balles actuelles à manteau très résistant, la vitesse dont elles sont animées, leur permettent de traverser le tissu spongieux presque sans dégâts, de trouer des extrémités osseuses volumineuses, d'y percer des tunnels réguliers.

Les blessures articulaires par projectiles de guerre

sont, d'une manière habituelle, compliquées de lésions osseuses, qui peuvent aller des écornures les plus légères, à l'état comminutif le plus complexe, avec ou sans participation des diaphyses.

Les altérations des parties molles sont elles-mêmes variables avec le projectile, la distance d'où il a été tiré, selon qu'il y a eu ou non projection d'esquilles, blessure de vaisseaux ou des nerfs.

La présence du projectile lui-même dans le foyer traumatique est rare, mais on peut observer un petit fragment d'obus ou une balle fragmentée.

D'autres corps étrangers, chassés par le choc de projectiles de guerre, peuvent pénétrer dans les jointures : morceaux de vêtements, débris d'équipement, fragments d'armes, cailloux, pièces de monnaie.

Il est très essentiel de ne pas se livrer à d'inutiles recherches avec le stylet, la sonde ou le doigt. Cette abstention sera presque toujours favorable au blessé. On peut s'aider de la radiographie pour reconnaître les lésions osseuses et la présence des corps étrangers : verre, métal.

EVOLUTION

Autrefois, les plaies articulaires, par suite du manque d'asepsie, se compliquaient d'arthrite septique, de la gangrène, du tétanos, etc. Actuellement, ces complications sont très rares par suite de l'antisepsie et du drainage. Ce qui nous frappe le plus, c'est l'état du malade pendant les premières heures après l'accident et le tableau que nous offre la période de l'arthrite septique.

Au début, la douleur est minime, exaspérée par les mouvements brusques. Les parties voisines de la blessure sont saines, indolentes. L'état général est bon, les mouvements de l'articulation sont conservés. Mais, le lendemain, le tableau change par suite de l'arthrite septique.

La douleur est le premier indice; elle peut être plus ou moins forte, selon l'articulation atteinte. En tout cas, si le blessé commence à souffrir après une période d'accalmie, c'est un mauvais signe. Les douleurs sont augmentées par les mouvements, les secousses. Ensuite apparaît le gonflement qui est dû à l'infiltration du tissu cellulaire et qui peut prendre des proportions énormes. Il s'accompagne de rougeur, d'élévation de température, elle peut monter jusqu'à 40°, 40°5, accompagnée d'agitation et de délire. La

peau devient lisse, il se forme de petites phlyctènes. La plaie donne issue à une sérosité louche, fétide, grisâtre. L'état général du malade devient mauvais, les yeux s'excavent, les traits s'effilent. Mais, quelquefois, l'évolution est plus bénigne, c'est surtout chez les blessés qui ont reçu des soins depuis le commencement.

PRONOSTIC

Quant au pronostic de ces blessures, il diffère selon les diverses articulations et l'importance du traumatisme lui-même. Ainsi, il est plus bénin pour le membre supérieur que pour le membre inférieur. Il dépend aussi de la résistance du sujet.

Parmi les complications, nous pouvons avoir un phlegmon diffus, une gangrène diffuse ou bien du tétanos. On peut diviser les arthrites traumatiques en trois groupes:

1° Arthrite traumatique séreuse qui est tout à fait bénigne et guérit vite et spontanément;

2° Arthrite purulente qui est plus grave et qui exige un traitement chirurgical;

3° Enfin, arthrite septique, qui est la plus grave et qui met en danger la conservation du membre et même la vie du malade.

TRAITEMENT

Le traitement des plaies articulaires, à l'heure actuelle, a subi un progrès considérable, grâce à l'antisepsie. Dans une première période, avant l'antisepsie, presque toutes les plaies articulaires se compliquaient d'infection et alors le traitement unique était l'amputation immédiate.

Dans l'état actuel de la chirurgie, l'amputation du membre pour une plaie articulaire est devenue exceptionnelle et considérée comme une sorte d'échec, la thérapeutique locale devant être efficace d'une manière habituelle. C'est Verneuil, en 1866, qui conseilla d'amputer moins et de réséquer plutôt, mais bientôt on a compris que cette méthode de résection primitive était mauvaise, car les résultats étaient désastreux et on l'abandonna tout à fait.

Enfin, avec le progrès de l'antisepsie, a prévalu le traitement conservateur, qui est, à l'heure actuelle, le traitement de choix.

A. — En présence d'une plaie contuse, il faut faire une désinfection énergique :

1° *Nettoyage.* — La peau sera nettoyée, la plaie sera lavée avec un antiseptique, les bords contus seront réséqués. La brèche capsulaire sera ouverte pour donner issue au sang et aux exsudats intra-articulaires. En cas de plaie

suspecte, il serait prudent de faire le traitement du tétanos,

2° *Drainage.* — Un seul drain peut ne pas suffire dans des plaies très infectées, alors il faut faire des contre-incisions aux points déclives de l'articulation pour produire une bonne évacuation des produits de sécrétion secondaires. Quelques chirurgiens ont conseillé de réséquer une partie de l'extrémité articulaire sous forme de résection, de drainage, mais cette méthode a été combattue par Quénu, Schwartz et Morestin. Ces auteurs ont montré que l'arthrotomie était la méthode de choix dans les plaies contuses.

B. — En présence d'une plaie peu étendue, faite par des instruments tranchants, il faut la nettoyer extérieurement et placer un drain, ensuite mettre un pansement sec et immobiliser le membre en surveillant attentivement le malade pour pouvoir intervenir en cas de complication. Il ne faut jamais suturer la plaie infectée; il faut faire un nettoyage énergique, la plaie doit être débarrassée des caillots et des corps étrangers et un drain y doit être placé.

C. — En présence d'une plaie par projectile, des plaies de guerre, la chirurgie tend de plus en plus à la conservation. D'après Farel: « Moins on fait, mieux on fait. » C'est en se basant sur une série d'expériences rigoureusement conduites, faites par Müller et Koller, que Farel est arrivé à cette abstention thérapeutique, car « la désinfection des plaies par armes à feu est impraticable, et tous les moyens physiques et chimiques employés ne font que léser davantage les tissus et les préparer mieux encore à l'envahissement par les microbes restés vivants dans la

profondeur des tissus où ils ont été projetés par la balle » ; et l'expérience faite sur les champs de bataille lui donne plutôt raison, sauf dans certains cas qui présentent des indications spéciales que Farel lui-même reconnaît.

Du reste, Cholin, qui, au cours de la campagne russo-japonaise, a traité 230 blessés, a pu se rendre compte jusqu'à quel point les interventions intempestives, pratiquées dans certains avant-postes russes, entravaient la cicatrisation des plaies, déterminant des suppurations prolongées et nécessitant parfois des opérations spéciales ultérieures.

En somme, on peut, pratiquement, regarder comme non infectées les plaies par balles de petit calibre et ne viser qu'un but qui est de soustraire la blessure à toute infection secondaire.

Cependant, il y a des indications spéciales qui se posent et qui sont susceptibles de modifier la règle générale de conduite, suivant la nature de la blessure, l'état d'infection secondaire qu'elle peut présenter plus ou moins tardivement et les conditions plus ou moins favorables du fonctionnement de la formation sanitaire dans laquelle le blessé aura été recueilli.

Sur le champ de bataille, au poste de secours et à l'ambulance, on se bornera, dans les plaies articulaires étroites, qui seront pour ainsi dire la règle, à appliquer sur la blessure un pansement sec, occlusif, et on immobilisera le mieux possible le membre, ou tout au moins l'articulation touchée, soit avec des moyens de fortune, soit avec le matériel ordinaire : gouttière, toile métallique, carton, attelles ; le plâtre est réservé à l'ambulance ou, mieux, à l'hôpital de campagne. On utilisera le paquet de pansement individuel, à moins qu'on n'ait sous la main des matériaux d'une asepsie moins douteuse.

Dans la guerre de Manchourie, les soldats arrivaient gé-

néralement aux hôpitaux avec le pansement fait sur le champ de bataille et leurs blessures présentaient un aspect satisfaisant, bien que la plupart des hommes eussent dû supporter les fatigues de l'évacuation.

Mohr attribue au paquet de pansement antiseptique individuel une réelle valeur; il détruirait souvent les germes entraînés par le projectile et permettrait d'éviter l'infection secondaire; il absorbe le suintement que peuvent donner les orifices et permet la formation d'une croûte qui ferme le trajet et barre la route aux agents microbiens.

Les pansements individuels stérilisés, renfermés dans du parchemin, utilisés par les Sociétés suisses de secours dans la guerre du Transvaal, ont donné les résultats les plus satisfaisants. Ce pansement sec, occlusif, absorbant, doit être appliqué sans désinfection primitive de la plaie, le plus tôt possible.

Pour les plaies par projectiles d'artillerie, dont l'origine sera reconnue par l'aspect des orifices ou quelquefois par les commémoratifs, nous croyons qu'on pourra se borner encore primitivement à appliquer un pansement occlusif et à immobiliser sans rien tenter de plus, lorsque les surfaces articulaires ne seront pas mises à découvert.

En tous cas, si la jointure est largement ouverte, offrant à l'infection secondaire une voie pour ainsi dire assurée, alors que l'infection primaire est déjà à peu près certaine, l'arthrotomie s'impose à l'ambulance comme temps préliminaire de l'exploration et du nettoyage aussi complet que possible de la cavité synoviale par les instruments, les agents antiseptiques ordinaires; les esquilles adhérentes seront soigneusement conservées et le drainage établi. Ensuite, on fera l'immobilisation du membre.

De préférence, on emploiera les appareils plâtrés, qui donnent une coaptation qu'on n'obtient jamais avec les

gouttières et les attelles ordinaires, et, si on peut appliquer un plâtre classique, rien n'empêcherait de badigeonner largement, sur une de ses faces, avec de la bouillie plâtrée.

Cependant, d'après Sonnenblick, le plâtre, en Mandchourie, ne donnait que des appareils qui se brisaient par les cahots des voitures et l'on préférait employer la colle d'amidon pour durcir les pansements.

Haga dit avoir utilisé des sacs à gypse qui nous paraissent intelligemment compris en ce qu'ils permettent d'enlever l'appareil plâtré sans le casser quand on veut changer le pansement. Ils consistent en deux sacs de toile, taillés de façon à s'appliquer exactement sur la partie qu'on veut immobiliser; on rattache et on coud l'une à l'autre les deux pièces par une ficelle, qui, faisant l'office de gond d'une porte, permet à l'appareil, même quand le plâtre est sec, de s'ouvrir et de se fermer suivant les besoins; on introduit le plâtre dans les sacs, on l'étale, on le pétrit régulièrement une fois mouillé et on applique l'appareil comme une gouttière plâtrée ordinaire.

Dans les broiements articulaires par gros éclats d'obus, dans les coups de feu explosifs, quand les parties molles présentent des dégâts étendus, que les gros troncs vasculo-nerveux sont blessés, l'amputation primitive s'imposera.

Il faut, disait Poncet, dans la chirurgie d'obus, opérer le plus tard possible. Chez les blessés de cette catégorie, on devra s'efforcer de remonter l'état général par les injections d'éther ou d'huile camphrée à 10 0/0, de sérum artificiel, de caféine, etc.

Localement, on procédera à la désinfection du foyer traumatique: lavage à l'eau très chaude, 50 à 55°, salée ou non, pure ou légèrement antiseptique, embaumement de toute la surface traumatisée avec la pommade antisep-

tique de Reclus, la vaseline ou la glycérine iodoformée, les compresses imbibées d'alcool; pansement aseptique fortement absorbant et ouaté, immobilisation. Toute intervention sera renvoyée à une époque ultérieure plus favorable.

Dans le cas d'hémorragie due à la lésion concomitante d'un gros vaisseau para-articulaire, sur le champ de bataille ou au poste de secours, on ne peut songer qu'à utiliser le garrot et les moyens de fortune analogues, le tube d'Esmarch, la forcipressure, en laissant la pince aseptisée à demeure et on dirigera le plus tôt possible, soit à l'ambulance, soit à l'hôpital de campagne, où les ligatures seront pratiquées.

La recherche et l'extraction primitive des corps étrangers restés dans la plaie : balles, éclats, projectiles accessoires sont à rejeter. Il est inutile de vouloir retirer hâtivement, même à l'ambulance, une balle plus ou moins superficielle, car une simple brèche faite par un coup de bistouri à la peau, peut être une porte ouverte à l'infection, qui, de là, s'étendra dans le trajet, dans le foyer osseux et aboutira à une suppuration articulaire.

Cependant, si les dégâts, tels qu'en produisent les projectiles d'artillerie, sont étendus et nécessitent une arthrotomie, les conditions sont différentes et rien ne sera plus logique en appropriant et nettoyant le foyer traumatique, d'extraire les corps étrangers qu'on rencontrera, d'autant plus que les projectiles d'artillerie ont, d'après les relations des dernières guerres, une nocivité considérable et qu'ils sont regardés comme des facteurs habituels de suppuration.

CONCLUSIONS

Les plaies articulaires étaient autrefois d'une gravité extrême et, maintenant encore, doivent être considérées comme des blessures d'un pronostic très sérieux.

Mais c'est surtout à leur égard que la conservation est triomphante. L'amputation primitive n'est plus autorisée pour aucune plaie articulaire ou, du moins, cette circonstance seule ne suffit plus pour justifier une telle détermination. Si l'amputation d'emblée doit être rejetée, il n'est pas moins vrai que la conservation exige des interventions très variées : arthrotomie, drainage articulaire, résection.

BILBLIOGRAPHIE

Arnold. — Symptomatologie et traitement des plaies articulaires. Revue générale de clinique, 1888.

Besta. — Gazette médicale ital., 23 avril 1903.

Broca. — De l'arthrotomie antiseptique. Presse médicale, 1900.

Chaussende. — Traitement des plaies articulaires du poignet et de la main. Lyon médical, 21 août 1904, p. 325.

Congrès international de médecine, 1900, sect. de chirurgie et *Congrès français de chirurgie,* 1905. Rapport de Nimier. De la conservation dans le traitement des traumatismes des membres. Communications de Le Dentu, Kirmisson, Lejars, Thierry, Morestin, etc.

Delore. — Résection précoce dans les arthrites infectieuses par plaies pénétrantes du genou. Gazette des hôpitaux, 1899, p. 1165.

Morestin. — Plaies articulaires. Archives générales de médecine, 1er et 8 mars 1909, nos 9 et 10.

Quénu et Schwartz. — Traitement des plaies contuses des grandes articulations. Progrès médical, 13 janvier 1900, n° 2.

Schwartz. — Plaies des articulations. Revue générale de clinique et thérapeutique, 1892.

Tersen. — Plaie du coude par coup de sabre. Archives de médecine militaire, octobre 1888.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 décembre 1914
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 décembre 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.